CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ANGIOMES DE LA RÉGION PAROTIDIENNE

Par Henri HARTMANN

Prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

La rareté de l'angiome de la parotide et l'absence d'examens anatomiques complets font que jusqu'ici cette affection a été un peu laissée dans l'ombre par les auteurs classiques. Le professeur S. Duplay, dans son Traité de pathologie externe, M. Kirmisson dans son Manuel, M. Jeannel, dans son article de l'*Encyclopédie de chirurgie*, O. Weber, dans le Traité de Pitha et Billroth, etc., ne mentionnent même pas l'existence de l'angiome de la parotide. Il y a cependant une variété d'angiome qui se développe dans la loge même de la parotide, aux dépens des capillaires de la glande, et qui diffère à tous égards de l'angiome simple sous-cutané qu'on peut observer au niveau de la région parotidienne avec les mêmes caractères que dans tout autre point du corps. Deux cas, que nous avons relevés dans nos notes, permettent de caractériser facilement chacune de ces variétés.

Dans le premier, que nous avons observé à l'hôpital Necker dans le service du professeur Le Fort, alors suppléé par notre maître M. Kirmisson, il s'agissait d'un angiome bien nettement sous-cutané; dans le deuxième, que nous avons pu suivre à l'hôpital Trousseau, alors que nous avions l'honneur d'être l'interne du professeur Lannelongue, l'angiome siégeait au niveau même de la glande. La simple lecture de ces deux observations suffira pour différencier chacune de ces variétés.

Obs. I. — *Angiome sous-cutané de la région parotidienne.*

Le 31 juillet 1885, nous voyons à l'hôpital Necker, dans le service du professeur Le Fort, suppléé par M. le Dr Kirmisson, une fillette de dix-huit mois qui porte au niveau de la région parotidienne gauche une

Ces caractères s'éloignent beaucoup de ceux de l'arthrite fongueuse tuberculeuse ; la marche de la lésion avait été aussi différente de celle de cette dernière ; en outre aucun viscère ne présentait de traces de lésions tuberculeuses.

En même temps les articulations voisines, celles du carpe et des doigts sont atteintes ; les surfaces articulaires se fusionnent au niveau du carpe, mais sans formation de fongosités préalables. Ces lésions des petites articulations peuvent être placées sous la dépendance du rhumatisme chronique, aidé par une immobilité prolongée.

Il y aurait beaucoup à dire sur la nature de cette arthrite radio-carpienne, je pourrais rapporter d'autres observations analogues dans lesquelles l'examen clinique laissait hésitant entre une arthrite rhumatismale chronique et une arthrite fongueuse tuberculeuse ; c'est à la recherche du bacille et à la méthode d'inoculation de Villemin surtout à trancher la question : Vulpian avait déjà insisté sur ces difficultés cliniques [1]. Mais je ne veux pas m'étendre davantage sur ce point, car ce qui m'a conduit à publier aujourd'hui cette observation, ce n'est pas tant l'étude d'une variété d'arthrite, que la nécessité où j'étais de faire connaître mon observation anatomique de doigt à ressort après la mention qu'en avait faite le Dr Carlier (*Le doigt à ressort*, 1889, p. 88 et suiv.).

Si j'ai rapporté ici toute l'observation, c'est parce qu'il était, dans ce cas particulier, indispensable de montrer quel était l'état constitutionnel du malade.

Sur l'annulaire du sujet, nous avons trouvé le phénomène du doigt à ressort non recherché ni constaté pendant la vie. La dissection a montré qu'il ne s'agissait ni d'une lésion des tendons, ni d'une lésion de la gaine, mais bien de l'articulation. Nous n'avons pas noté la formation d'ostéophytes nouveaux sur l'extrémité du métacarpien, mais les ligaments étaient rétractés et les surfaces articulaires rugueuses ; sur le médius, la rétraction des ligaments était telle que la flexion de la première phalange était impossible.

A ce moment je n'ai pas cherché à préciser d'une façon complète quelle était l'explication du phénomène du ressort, j'ai seulement constaté la rétraction des ligaments et l'altération des surfaces articulaires. J'ai considéré ce fait comme la preuve de l'existence d'une *variété de doigt à ressort d'origine articulaire*, mais en pensant qu'il ne s'agissait là que d'une variété et qu'il y avait d'autres causes capables d'amener le même phénomène.

1. Templé, *Du rhumatisme scrofuleux* (Th. de Paris, 1876).

tuméfaction, dont le début remonterait, au dire de la mère, au deuxième mois de la vie et qui se serait graduellement accrue depuis lors. Deux séances d'électrolyse déjà faites ont amené une légère diminution de la tumeur.

Actuellement, on constate, au niveau de la partie moyenne de la région parotidienne, dont elle n'occupe qu'une partie, une tuméfaction arrondie, un peu étalée, du volume d'une demi-noix, légèrement bleutée en son centre; cette tumeur est mollasse, à part quelques points indurés correspondant à des trajets de pointe d'électrolyse; elle est indolente, partiellement réductible, augmente par les cris; elle siège dans le tissu cellulaire sous-cutané, est mobile sur les parties profondes et adhère à la peau.

Obs. II. — *Angiome glandulaire de la parotide.*

Une fillette de cinq mois et demi, G. H., nous est présentée le 7 août 1884 par sa mère à la consultation de l'hôpital Trousseau, pour une tumeur de la région parotidienne gauche. La première constatation de cette tumeur a été faite par la mère, alors que l'enfant n'était âgée que de six semaines; il existait alors au niveau de l'angle de la mâchoire une tuméfaction notable sans altération des téguments à son niveau. Depuis lors cette tuméfaction a constamment été en augmentant, d'une manière lente et progressive; aussi la mère commence-t-elle à s'en inquiéter.

Rien de bien spécial à relever dans les antécédents de cette enfant, sinon que la mère porte, sur la moitié droite de la face, une large tache érectile de la couleur lie de vin qui s'étend de la tempe à la lèvre supérieure et au menton.

Il existe une tuméfaction générale de la région parotidienne gauche; cette tuméfaction est étalée; elle mesure 5 centimètres environ dans son diamètre vertical et 4 dans le diamètre antéro-postérieur. La peau ne présente aucune altération à son niveau, à part une teinte légèrement bleutée qui n'est du reste que peu marquée et qui n'existe que dans une petite étendue; on note de plus sur la tumeur quelques veinosités, qui se retrouvent avec des caractères analogues, disséminées sur d'autres points de la face, mais qui n'existent pas dans le point symétrique du côté opposé. La tumeur est molle, dépressible, pseudo-fluctuante, sans flot véritable; elle est partiellement réductible; en la prenant entre les doigts on diminue très nettement son volume et l'on arrive à avoir la sensation d'une sorte de poche à parois très épaisses, ferme, élastique, mobile par rapport à la peau, mais impossible à délimiter du côté des parties profondes, où elle se confond avec la glande parotidienne. Elle semble offrir un prolongement du côté de l'oreille. La tumeur est opaque, ne s'accompagne pas d'engorgement ganglionnaire appréciable et ne donne lieu à aucun symptôme fonctionnel. L'émission de la voix est normale.

L'enfant est du reste vigoureuse, bien constituée et ne présente rien de spécial sur le reste du corps.

Le 8 août, M. Duret, qui suppléait notre maître M. Lannelongue, en

présence de l'insistance de la mère, de l'accroissement progressif de la tumeur, se décide à intervenir. L'enfant étant anesthésiée, une ponction est faite avec l'aiguille aspiratrice de l'appareil Dieulafoy; elle ne donne rien; mais, dès que l'aiguille est retirée, un écoulement sanguin continu s'établit par la piqûre. M. Duret fait alors, parallèlement au bord inférieur de la mâchoire, une incision qui, en arrière, remonte vers l'apophyse mastoïde. Il tombe alors sur une masse très vasculaire affectant avec les parties sous-jacentes des rapports intimes. La parotide est infiltrée sur toute sa face externe et dans une certaine profondeur par ce tissu. La tumeur est disséquée et séparée par une section qui porte, dans le tissu de la parotide, avec laquelle elle se confond profondément, sans qu'il soit possible de la délimiter exactement. L'hémorrhagie est assez abondante et nécessite l'application de pinces nombreuses.

Ligatures au catgut; drain; suture de la peau au catgut; pansement de Lister.

Le 10, nous enlevons le drain; le 11, les sutures qui coupent un peu la peau; et, quelques jours après, l'enfant est guérie. Nous n'avons malheureusement pu avoir de ses nouvelles depuis lors, la mère n'ayant fait à Paris qu'un court séjour dans un hôtel pour faire opérer son enfant et étant ensuite repartie en province, sans laisser son adresse.

La masse enlevée a une forme générale aplatie; elle se présente avec une apparence lobulée, comme encapsulée par places, du côté de sa face superficielle; profondément elle se continue avec le tissu de la parotide sans limites nettes en aucun point. A la coupe, on a une série de lobules encapsulés, avec de nombreux points violacés, ecchymotiques, siégeant immédiatement à la face externe des capsules ou dans les espaces interlobulaires.

Notre ami, M. Darier, a bien voulu se charger de l'examen histologique de cette pièce et voici la note qu'il nous a remise.

« L'examen histologique a porté sur la région limitante de la tumeur. En ce point on trouve à côté des lobules glandulaires sains d'autres lobules dont les vaisseaux sont manifestement altérés. Dans ces lobules malades, les artérioles et les capillaires sont dilatés au point de tenir presque autant de place que la substance glandulaire elle-même qui est refoulée et atrophiée; il semble qu'il y ait dilatation des vaisseaux préexistants et non néoformation vasculaire; les capillaires, au lieu d'offrir une coupe régulièrement arrondie, sont un peu irréguliers dans leur contour. En outre, on trouve des hémorrhagies abondantes, qui infiltrent le tissu cellulaire interlobulaire et qui se sont produites, soit pendant l'opération, soit peu de temps auparavant, le sang n'étant pas altéré.

« Dans les parties éloignées de la tumeur on retrouve le tissu glandulaire normal; dans son voisinage, les cellules sont déjà un peu altérées, bien que les acini aient conservé leur disposition arrondie et qu'on ne trouve dans leur intervalle que des capillaires de petites dimensions; dans les parties malades, on retrouve bien encore, entre les capillaires

dilatés, un certain nombre d'acini ; mais ils sont plus petits, tassés les uns contre les autres; leurs cellules sont moins hautes; seuls les canaux excréteurs semblent avoir persisté et ont résisté à l'atrophie qui a atteint les acini glandulaires. »

En résumé, il s'agissait dans cette deuxième observation d'un enfant très jeune, porteur d'une lésion parotidienne ayant donné, à l'examen clinique, les symptômes d'une tumeur érectile; à l'examen macroscopique, les caractères d'une parotide augmentée, hypertrophiée et vascularisée; l'histologie, tranchant le débat, montrait qu'on avait bien affaire, comme l'avait fait supposer la clinique, à un angiome.

La ressemblance du tissu examiné à l'œil nu avec celui d'une parotide hypertrophiée et vascularisée nous a engagé à rechercher si, dans les cas d'hypertrophie parotidienne publiés, nous ne trouverions pas des exemples d'angiomes glandulaires de la parotide. On sait combien a varié le domaine de l'hypertrophie parotidienne depuis le temps où Bauchet décrivait, sous ce nom, à peu près toutes les tumeurs de la parotide. A mesure que l'on a étudié d'une manière de plus en plus complète les tumeurs, on a séparé successivement de l'hypertrophie parotidienne les carcinomes, les tumeurs mixtes, etc. Notre maître M. S. Duplay décrit cependant encore l'hypertrophie parotidienne, dont il donne trois exemples dans son Traité, un de Ténon, un de Bérard, un de Duke. Nous avons recherché ces trois cas et il nous suffira, croyons-nous, d'en donner ici un court résumé pour permettre à chacun de se faire une idée de la nature réelle des tumeurs.

Obs. III. — (Ténon, *Mém. et Obs.*, p. 218.)

Un enfant d'un an avait sur la joue gauche une tumeur presque aussi grosse que le poing et qui s'étendait depuis l'oreille jusqu'à l'angle des lèvres. Cette tumeur, qui avait crû, pour ainsi dire, depuis la naissance de l'enfant et peu à peu, était molle, blanche, indolente, mobile et comme composée de grains glanduleux; elle paraissait de plus parsemée de gros vaisseaux qui formaient çà et là sur la peau comme des lacis en spirale ou des tourbillons rougeâtres.

A l'autopsie, ayant enlevé les téguments qui recouvraient la tumeur et séparé les parties environnantes, on constata que le désordre se rapportait à la glande parotide qui, sortie de ses limites ordinaires, avait pris un accroissement considérable et s'étendait sur la joue. De grosses artères, qui venaient des carotides et des maxillaires externes, se rendaient dans cette glande et y entraient par sa partie inférieure.

Il y a tout lieu de penser que la quantité de sang, que ces artères portaient, fut cause de son prodigieux accroissement, et que, si on l'eût

connue, on aurait pu tenter d'en borner les progrès au moyen d'une compression modérée.

Obs. IV. — (A. Bérard, *des Opérations que réclament les tumeurs développées dans la région parotide*, concours de médecine opératoire, Paris, 1841, p. 309.)

Une petite fille, âgée de deux à trois ans, portait dans la région parotidienne droite une tumeur presque du volume du poing, arrondie, résistante, sans bosselure, d'une coloration rosée et d'une assez grande consistance, qui prenait une teinte violacée et semblait augmenter un peu quand la petite malade criait ou faisait des efforts, et dont la compression réduisait légèrement le volume.

Les médecins qui avaient vu la malade étaient d'avis qu'il s'agissait d'une tumeur érectile, j'étais moi-même de cette opinion et je me préparais à agir en conséquence, lorsque la malade succomba à une affection intérieure.

L'autopsie fut faite avec soin par moi et par M. Denonvilliers, et nous trouvâmes, contre notre attente, que la tumeur était constituée principalement par la glande parotide hypertrophiée, peu altérée dans sa texture, si ce n'est que les granulations étaient plus grosses et que les conduits veineux, qui la traversent, étaient extrêmement développés; quant aux artères, elles avaient conservé leurs dimensions normales, comme nous avons pu nous en assurer en poussant une injection. Le nerf facial n'avait subi aucune altération. La coloration rouge de la tumeur dépendait de ce que le tissu cellulaire, interposé à la glande et à la peau, était converti en granulations rougeâtres parfaitement injectées, que l'on apercevait à travers la peau amincie et devenue elle-même vasculaire dans sa couche profonde.

Obs. V. — (Abraham Duke, *Provinc. med. and surg. journ.*, anal. in *Gaz. des hôp.*, 17 mai 1842, p. 276.)

Il s'agit d'un enfant de neuf mois, qui portait depuis l'âge de trois semaines une tumeur sur le côté gauche de la face et du cou. Cette tumeur augmenta rapidement de volume et l'on crut à un anévrysme par anastomoses.

A l'autopsie, la tumeur s'étendait depuis une ligne en dehors de l'angle externe de l'orbite jusqu'aux 2/3 de la longueur du cou. Elle était sillonnée par des veines larges et tortueuses, mais en la disséquant on lui trouva une structure parfaitement glandulaire et qui paraissait résulter d'une véritable hypertrophie de la parotide.

Dans ces trois observations, nous retrouvons les mêmes caractères généraux : cliniquement une tumeur érectile; anatomiquement une parotide hypertrophiée et vascularisée.

Ce sont là, en somme, trois cas identiques à celui que nous avons observé. La lésion unilatérale se développe chez un enfant, presque

un nouveau-né; on a les symptômes d'une tumeur érectile; l'enfant mort, les vaisseaux s'affaissent, et l'on trouve simplement une parotide hypertrophiée. Ténon, Bérard et Duke, qui s'en tenaient à l'examen des tissus à l'œil nu, ne pouvaient guère aller plus loin; aujourd'hui l'étude de la pièce par le microscope nous permet d'établir qu'il s'agit bien là d'un angiome, angiome d'une nature toute spéciale, mais dont l'existence ne nous semble guère pouvoir être révoquée en doute dans ces trois observations, dites d'hypertrophie parotidienne, pas plus que dans la nôtre.

Nous ne sommes du reste pas les premiers à avoir étudié cette variété d'angiome. Un maître de notre école française de Strasbourg, le professeur Eug. Bœckel, a dans son article Erectile du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, bien précisé l'existence de cette sorte de tumeurs. Deux cas, qu'il avait traités, un au niveau de la glande sous-maxillaire, un au niveau de la parotide, lui avaient permis de préciser ce fait que « les glandes en grappe et surtout les glandes salivaires paraissent particulièrement sujettes à une dégénérescence, qui commence par une dilatation des vaisseaux normaux de la glande sans altérations du parenchyme sécrétant. Plus tard, toute la masse glandulaire peut être remplacée par un tissu caverneux. »

Depuis la rédaction de son article, M. Eug. Bœckel a eu trois ou quatre fois l'occasion de voir des angiomes des glandes salivaires; il n'a malheureusement conservé de notes que sur un de ces cas qu'il a bien voulu nous communiquer avec la plus grande obligeance.

Obs. VI. — (Eug. Bœckel.)

Il s'agit d'une petite fille d'un an, qui portait un angiome énorme de 9 cent. sur 7, allant de l'apophyse mastoïde à la grande corne de l'os hyoïde et dépassant le bord antérieur du masséter. La peau qui le recouvrait était en partie intacte. La tumeur, grosse comme un œuf de poule, gonflait par les cris, mais n'offrait pas de pulsations. Elle fut détruite par de gros sétons de pâte de Canquoin placés dans différents sens au moyen d'un trocart. L'enfant guérit.

Quelques courtes recherches bibliographiques nous ont permis de réunir trois autres cas d'angiomes probablement glandulaires de la parotide, dont un est même accompagné d'examen histologique [1].

1. Nous laissons de côté deux observations de tumeurs érectiles de la région parotidienne, publiées par Bertin (de Gray), *Concours médical*, Paris, 1884, p. 525, qui ne nous ont pas paru concluantes au point de vue du siège glandulaire de la tumeur.

Obs. VII. — (Gascoyen, *Trans. of the path. Soc.*, Lond., 1860, t. XI, p. 267, d'après Virchow, *Pathol. des tumeurs*, trad. Aronssohn, Paris, 1876, t. IV, p. 63.)

Homme de quarante-quatre ans, qui présentait une tumeur parotidienne congénitale, augmentant continuellement de volume de façon à donner lieu, déjà de bonne heure, à une gêne considérable; son développement ayant pris en dernier lieu une grande rapidité, elle amenait de la dyspnée et de la gêne de la déglutition; enfin la mort par suffocation.

A l'autopsie, nombreux nævi de la séreuse intestinale, un dans la tunique sous-muqueuse, un dans le foie; la tumeur parotidienne présentait des vaisseaux énormément dilatés et sinueux, qui se transformaient en grandes poches et finissaient par former un tissu caverneux avec des phlébolithes [1].

Obs. VIII. — (T. Pridgin Teale, *Royal med. and surg. Soc.*, 26 février 1867, in *Brit. med. J.*, 1867, t. I, p. 303.)

Il s'agit d'un nævus de la région parotidienne droite; au cours de son ablation, la jugulaire et l'apophyse styloïde furent mises à nu. L'enfant âgée de quatre mois guérit.

Obs. IX. — (L. S. Pilcher, *Annals of the anat. and surg. Soc.*, Brooklyn, 1879-1880, t. I, p. 111.)

Fillette présentant à la naissance une large tache érectile rouge occupant la région pré-auriculaire et rétro-auriculaire gauche descendant sur la partie latérale du cou. A l'âge de trois semaines, la parotide gauche commença à grossir; après un accroissement lent pendant quinze jours, la tumeur se mit à croître avec rapidité, à tel point que trois semaines après la constatation du début de la tumeur, alors que l'enfant n'était âgée que de six semaines, il s'était formé une tumeur, occupant tout l'espace compris entre l'angle de la mâchoire et l'arcade zygomatique, et constituant une saillie notable en avant de l'oreille. Par la compression on la faisait presque disparaître, mais elle se remplissait rapidement, dès qu'on cessait la compression; il n'y avait pas de pulsations.

Le 6 novembre 1879, alors que l'enfant n'avait que six semaines, Pilcher enleva la tumeur. Les pinces à forcipressure lui furent d'une grande utilité pour arrêter le sang des nombreuses veines qui alimentaient la tumeur et des branches terminales de la carotide externe qui la traversaient. La totalité du tissu érectile fut ainsi enlevée presque sans perte de sang. Après son ablation, il fut facile de constater qu'il ne restait plus de la parotide que les prolongements qui s'enfoncent derrière la branche de la mâchoire et sous la face profonde du sterno-mastoïdien. Les branches du nerf facial furent nécessairement coupées et il en résulta une paralysie

1 Virchow rapproche de ces deux cas deux observations de Pitha, *Canstatt's Jahresbericht für* 1859, t. IV, p. 312. Nous ne croyons pas devoir les rapporter ici; l'une a trait à une tumeur fibreuse adhérant au maxillaire inférieur chez une fille de sept ans; l'autre à un néoplasme très vasculaire, il est vrai, mais dont la nature ne ressort pas nettement de la lecture de l'observation.

des muscles de ce côté. Malgré le shock qui semblait inévitable après une pareille opération chez un enfant aussi jeune, la convalescence fut rapide et la guérison complète.

L'examen histologique fait par le docteur Charles Jervett montra que la tumeur était constituée par un mélange de tissu glandulaire normal et de tissu caverneux.

De l'étude de ces neuf observations, nous chercherons à tirer quelques déductions.

I. — Il existe au niveau de la parotide une variété d'angiomes glandulaires, confondue jusqu'ici par la majorité des auteurs avec l'hypertrophie de la parotide.

II. — Cette variété d'angiome apparaît, comme du reste l'immense majorité des angiomes, dans les premiers temps de la vie.

III. — L'affection est unilatérale et se traduit cliniquement par les symptômes d'une hypertrophie parotidienne avec développement vasculaire considérable (réductibilité partielle, gonflement par les cris, teinte bleutée de la peau, nævus cutané concomitant, etc.).

IV. — Elle peut évoluer jusqu'à un âge relativement avancé (cas de Gascoyen); ou, au contraire, après s'être développée lentement pendant un court espace de temps, prendre tout à coup un développement considérable (Duke, L.-S. Pilcher).

V. — Elle débute par une dilatation des capillaires préexistants de la glande [1] (Eug. Bœckel, Darier), mais ne tarde pas à subir la transformation caverneuse (Eug. Bœckel, L.-S. Pilcher).

VI. — La tumeur peut se transformer soit en tumeur veineuse (Gascoyen), soit en tumeur artérielle (Ténon), le développement des artères pouvant être tel qu'on pense à un anévrysme par anastomose lorsqu'on examine le malade (Duke). La mort par suffocation peut être le résultat d'un développement excessif de la tumeur (Gascoyen).

VII. — Il est donc nécessaire de traiter ces tumeurs. Suivant les cas, on s'adressera à l'électrolyse, à l'extirpation directe, à la cautérisation par des flèches de Canquoin, à la ligature de la carotide externe. En principe, nous croyons que le plus souvent on aura avantage, pour éviter la lésion du facial, à employer l'électrolyse, n'hésitant pas, en cas d'échec, à recourir à l'extirpation directe, l'antiseptie et l'emploi des pinces à forcipressure ayant beaucoup diminué la gravité de ce genre d'intervention.

1 On peut voir de même l'envahissement de la parotide par certains lymphangiomes ou kystes séreux du cou; le développement kystique est interstitiel et les lobules glandulaires demeurent inaltérés dans leur structure bien que dissociés et enveloppés pour ainsi dire par les cavités kystiques. (Lannelongue et Gérard, *Traité des kystes congénitaux*, Paris, 1886, p. 310.)

Telles sont les conclusions que nous croyons pouvoir tirer des quelques faits que nous avons rassemblés. On pourrait encore se demander si ces angiomes glandulaires de la parotide ne sont pas l'origine de certains angiomes veineux énormes du cou. On serait presque tenté de le supposer, pour certains cas tout au moins. Lorsqu'on lit l'observation remarquable d'angiome caverneux du cou publiée par M. P. Reclus [1], on voit que le jeune homme de dix-neuf ans, qui fait l'objet de sa clinique, se présente à l'Hôtel-Dieu pour une tumeur veineuse énorme, occupant la région parotidienne gauche descendant de l'apophyse zygomatique à la grande corne du cartilage thyroïde, et l'on apprend que le début de la tumeur remonte à la première enfance, pendant laquelle les parents auraient constaté l'existence d'une petite grosseur en avant de l'oreille gauche.

Les faits que nous avons rapportés de tumeurs caverneuses dus à Pilcher, à Bœckel, de tumeurs caverneuses avec loges énormes et phlébolithes de Gascoyen, pourraient constituer les intermédiaires entre certaines tumeurs caverneuses, qui ont été observées chez des adultes et qui semblent communiquer directement avec les origines de la jugulaire externe, et les angiomes glandulaires de la parotide, que l'on n'a guère jusqu'ici notés que chez des enfants du premier âge.

Il y a dans cette étude encore bien des points obscurs. Notre but, en publiant l'observation d'angiome glandulaire de la parotide que nous possédions et en la rapprochant de faits de même ordre, a été simplement de faire rayer du cadre pathologique l'hypertrophie parotidienne, telle que l'admettent encore nos auteurs classiques, et d'appeler l'attention sur une catégorie de tumeurs jusqu'ici assez peu étudiées, espérant que d'autres pourront, avec des observations nouvelles, arriver à remplir le cadre que nous n'avons fait que tracer.

1. *Angiome caverneux du cou en communication directe avec la veine jugulaire interne*, in *Clin. et crit. chirurg.*, Paris, 1884, p. 299.